3485 Nr. 30
1899
Lane Medical Library

Über

Ileus paralyticus

infolge von Appendicitis perforativa.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der

hohen medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht

im Juni 1899

von

Otto Troost,

praktischer Arzt aus Duisburg.

Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1899.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0244

Wenn in den letzten Jahren viele innere Erkrankungen zu lebhaften Debatten Anlass gegeben haben, so ist es vornehmlich die Ileus-Erkrankung, die zu vielen Abhandlungen und Diskussionen geführt hat.

Nicht mit Unrecht verdient aber auch diese Krankheitserscheinung die vollste Aufmerksamkeit des Arztes, sie, die die schwersten Krankheitssymptome aufweist, der ja auch der Name „Miserere", welcher den bedauernswertesten Zustand der betroffenen Patienten kennzeichnet, beigelegt worden ist, und der trotz aller möglichen Fortschritte in Bezug auf Diagnose und Therapie der Arzt in vielen Fällen einfach ratlos gegenüber steht, da eine bestimmte Indikation zu stellen oft unmöglich ist.

Im übrigen giebt es kaum eine Krankheit, die gerade für den inneren Arzt wie für den Chirurgen ein gleich hohes Interesse bietet und geradezu jene beiden in so hohem Masse auffordert, gemeinsam, Hand in Hand, ihre beiderseitigen Erfahrungen austauschend zur Bekämpfung des Ileus vorzugehen.

Aus den verschiedenen Formen der Ileus-Erkrankungen möchte ich nun, dem Rahmen dieser Arbeit angemessen, den Ileus paralyticus herausnehmen, der als Begleiterscheinung einer Erkrankung des Appendix auftritt, und zunächst mich mit der Frage beschäftigen, wie man sich die Entstehung der Darmparalyse zu denken hat.

Bei der sehr häufigen Erkrankung des Processus vermiformis, der Appendicitis, tritt oft als Folgeerscheinung Peritonitis auf. Diese Peritonitis entsteht wohl meist dadurch, dass an irgend einer Stelle die Wand des Wurmfortsatzes durch ein Geschwür perforiert wird und somit ein direkter Kontakt zwischen Peritoneum und der Abscesshöhle des Processus vermiformis sich herstellt; sie kann aber auch auf die Weise zu stande kommen, dass Entzündungserreger ohne Perforation die wenn auch nicht intakte, so doch durch die Entzündungsvorgänge schwer geschädigte Wandung des Appendix passieren.

Wir wollen nun vom schlimmsten Folgezustande, der allgemeinen Peritonitis mit ihrem meist letalen Ausgange, absehen und uns nur beschränken auf die Einwirkungen der lokalen Peritonitis.

In den meisten Fällen ist es der Darm, der als benachbartes Organ in Mitleidenschaft gezogen wird, und in Bezug auf diesen kann es zu den verschiedensten Krankheitserscheinungen kommen.

Es ist wohl anzunehmen, dass es immer zu einer mehr oder minder grossen Exsudatbildung, man kann ruhig sagen, Abscessbildung kommt. Im günstigsten Falle nun gelangt der Process zum Stillstand, das Exsudat wird resorbiert und es kommt zur Verödung der Abscesshöhle, indem die Wände derselben verkleben. Dieser Zustand braucht für die spätere Zeit keine Krankheitssymptome mehr hervorzurufen, da sich evt. sogar durch die geregelte Peristaltik die Verklebungen wieder lösen können. Es kann ferner zur Perforation des perityphlitischen Abscesses in den Darm und dadurch evt. zur Heilung kommen. Ferner können Verwachsungen und hierdurch Abknickungen oder Strangulationen entstehen u. s. w.

Für uns ist jedoch von Wichtigkeit das Auftreten einer eigenartigen Erscheinung, und zwar derjenigen, die zu einer Paralyse einer benachbarten Darmschlinge führt.

Die Aufgabe des Darmes besteht darin, die Verdauung der eingeführten Nahrungsmittel zu bewerkstelligen, die für die Ernährung wichtigen Stoffe zu resorbieren und die nicht verwendbaren Bestandteile weiter fort und aus dem Körper herauszuführen.

Wird nun infolge einer Appendicitis eine dem Wurmfortsatze benachbarte Darmschlinge inficiert, so treten die Erscheinungen der Peritonitis auf. Es zeigt sich zunächt entzündliche Rötung infolge vermehrter Gefässinjection, die Endothelien der Serosa werden stellenweise abgestossen und es kommt zur Exsudation in die freie Bauchhöhle. Diese Exsudation kann nun fibrinös, fibrinös eitrig, oder rein eitrig sein, welch letzteres meist bei stattgehabter Perforation der Fall ist.

Infolge des tieferen Eindringens der Entzündungserreger in die Darmwand und speciell auch der sich entwickelnden Toxine, die schädigend auf die betroffene Darmschlinge einwirken, kommt es zu weiteren Veränderungen der Darmwand: Dieselbe wird verdickt infolge eines sich entwickelnden collateralen Ödems, hierdurch wird sie weniger widerstandsfähig, mürbe und leicht zerreisslich. Natürlich gilt dasselbe für die Darmmuskularis, die Muskeln werden gedehnt und erschlaffen. Bei dieser Erschlaffung der Muskulatur spielt eben auch ausser dem Ödem die lokale Entstehung und Einwirkung von Toxinen eine grosse Rolle. Es bietet sich uns hiermit das Bild der Darmparese dar, wobei die Funktionsfähigkeit der Darmschlinge bedeutend gelitten hat. Vor allen Dingen kommt es zur Behinderung der freien Kothpassage; die Darm-

schlinge kann wegen der herabgesetzten Kontraktionsfähigkeit ihrer Muskulatur die normale Peristaltik nicht mehr weiter leiten und es kommt zur Kothstauung, welche naturgemäss eine vermehrte Peristaltik des oberhalb gelegenen Darmes zur Folge hat, um das Hindernis zu beseitigen. Hat der obere Darm nun die Kraft hierzu — es kommt auch zu einer kompensatorischen Hypertrophie der der erkrankten Darmschlinge benachharten Darmmuskulatur —, so kann eine Zeit lang einer vollständigen Kothstauung vorgebeugt werden und es kann, falls die Erkrankung zum Stillstand, resp. zur Heilung kommt, im günstigsten Falle zu einer Restitutio ad integrum kommen. Leider aber entwickelt sich häufig aus der Darmparese eine vollständige Lähmung der Darmmuskulatur: „die Darmparalyse".

Günstig für ihre Entwickelung wirken noch drei Faktoren, nämlich die vermehrte entzündliche Sekretion der Darmdrüsen, die starke Zersetzung des sich stauenden Darminhalts und die verminderte Resorptionsfähigkeit des Darmes. — Dass das Zustandekommen unseres paralytischen Ileus erleichtert wird bei alten Individuen sowie bei solchen, die durch Darmkrankheit selbst, oder andere, chronische Krankheiten heruntergekommen sind, braucht wohl nicht besonders ausgeführt zu werden.

Ist eine Darmschlinge entzündet, so findet bei ihr nicht nur eine Exsudation aus den Gefässen der Serosa in die Bauchhöhle statt, sondern auch eine vermehrte Exsudation aus den Gefässen und Drüsen der Mucosa in das Darmlumen hinein; hierdurch wird natürlich der an sich schon schwer genug fortzubewegende Darminhalt noch vermehrt.

In den träge sich fortbewegenden Massen ent-

steht ferner besonders unter dem bestehenden toxischen Einfluss eine vermehrte Zersetzung der Ingesta mit gesteigerter Gasentwickelung.

Wird nun durch diese Vorgänge das Darmlumen stark erweitert, so ist es der Darm wieder selbst, der einer Verkleinerung seines Lumens hindernd gegenübersteht.

Findet nämlich auf der einen Seite eine stärkere Füllung des Lumens durch vermehrte Sekretion statt, so tritt auf der anderen Seite eine Verminderung der Resorptionsfähigkeit des Darmes noch dazu.

Es ist nun klar, dass beim Zusammenwirken aller dieser Componenten die Darmschlinge vollständig gelähmt werden muss, dass eine Paralyse derselben eintritt.

Es brauchte nun trotz der Paralyse meiner Meinung nach nicht immer zu Ileus-Erscheinungen zu kommen und zwar dann nicht, wenn die paralytische Darmschlinge sehr kurz ist und wenn der oberhalb liegende Darm, resp. dessen Muskulatur im Verein mit der Bauchpresse kräftig genug wäre, einfach auf mechanische Weise den gestauten Inhalt durch den erkrankten Darmabschnitt zu treiben und dadurch die Peristaltik des unterhalb liegenden gesunden Darmes anzuregen und so das Übel zu beseitigen.

Lässt aber auch diese Selbsthilfe im Stiche, so kommt es zur vollständigen Stauung des Darminhaltes, zum Ileus.

Ich glaube nun, dass im stagnierenden Inhalt der paralytischen Darmschlinge nicht der einzige Urheber des Ileus zu suchen ist, sondern dass noch hinzukommt eine Abknickung zwischen paralytischem und gesundem zuführenden Darm.

Bevor ich auf die beiden Fälle, deren Beobach-

tung ich Herrn Dr. Lenzmann zu Duisburg, aus dessen Privatpraxis, zu verdanken habe, und die mich zur Übernahme dieser Arbeit anregten, eingehe, möchte ich mich kurz mit der Frage beschäftigen, zu welchem Teile des Darmes die paralytische Schlinge gehören kann?

Für gewöhnlich wird es sich um eine Schlinge des Ileum handeln; hat aber der Processus vermiformis einerseits eine abnorme Grösse oder Lagerung, ist anderseits ein Teil des Colon, die Flexura sigm., oder das Jejunum durch irgend welche Ursache verlagert, so können eben alle möglichen Darmpartieen getroffen sein, und wir kommen in Bezug auf die Diagnose in das Gebiet der Ileusfrage an und für sich.

Im Verlaufe der beiden folgenden Krankengeschichten werde ich auf die Diagnose und die dem einzelnen Falle entsprechende Therapie genauer eingehen.

Fall I.

Anamnese: Patient B., 30 Jahre alt, war nach seiner Angabe früher immer gesund; er erkrankte am 10. Mai 1892 plötzlich unter den Erscheinungen localer Peritonitis in der Blinddarmgegend; Patient kam sofort in Behandlung.

Status praesens: Kräftiger, gut genährter Mann, liegt in Rückenlage, klagt über äusserst heftige Schmerzen in der rechten Seite in der Gegend des Blinddarms. Temp.: 38,5; Puls 120, flach. Bei leisem Druck auf die Ileo-Coecalgegend äussert Patient heftige Schmerzen. Exsudat ist nicht nachweisbar, es besteht kein Meteorismus und das Abdomen ist überall weich.

Ordination: strenge Bettruhe, Eisblase, Opium.

Krankheitsverlauf: Während der ersten zwei

Tage bleibt der Zustand des Patienten derselbe; im Harn ist reichlich Indican vorhanden. Am dritten Tage tritt plötzlich allgemeiner Meteorismus auf, der Puls wird rascher und schwächer, Temp. 39; Atmung beschleunigt. An diesem Tage erbricht Patient zunächst eine Menge gallig schleimiger Massen. Es werden zur Entlastung des Magens Ausspülungen vorgenommen, im übrigen wird in der früheren Behandlung fortgefahren. Am fünften Tage tritt Erbrechen enormer Mengen fäkulent riechender, kothiger Massen auf.

Da Peristaltik nicht zu bemerken, der Meteorismus ganz kolossal und Patient äusserst schwach ist (Temp. 38; Puls 140), wird von einer Operation Abstand genommen. In der früheren Behandlung wird fortgefahren.

Am folgenden, also am sechsten Tage der Erkrankung geht nun, nachdem Patient ganz kolossale Mengen fäkulent riechender Massen hintereinander erbrochen hat, der Meteorismus zurück, und bald nach dem letzten Erbrechen fühlt sich Patient bedeutend wohler; der vorher fadenförmige, kaum zu fühlende Puls erholt sich schnell wieder, geht herab auf 90, und auch die Temperatur sinkt wieder herab auf die Norm. Jetzt nach Beseitigung des Meteorismus kann man durch die wieder weich gewordenen Bauchdecken hindurch in der Ileo-Coecalgegend ein Exsudat nachweisen, das, soweit es sich äusserlich präsentiert, die Grösse einer flachen Hand besitzt.

Vom siebenten Tage an gehen wieder Flatus ab und der Patient tritt in Genesung ein. Das Exsudat verkleinert sich allmählich, Indican ist nicht mehr nachzuweisen, Puls und Temperatur sind wieder normal geworden, und Patient wird am 29. Tage nach

seiner Erkrankung zwecks einer Nachkur ins Bad Oeynhausen geschickt. Seit dieser Zeit fühlt sich Patient wohl; ein Recidiv ist nicht eingetreten.

Epikrise: Die heftigen Schmerzen in der Ileo-Coecalgegend verbunden mit Fiebertemperatur und raschem flachem Puls führten, obwohl ein Exsudat in dieser Gegend, das sich durch einen Tumor oder eine vermehrte Resistenz, oder durch Dämpfung über dieser Stelle wohl bemerkbar gemacht hätte, nicht nachzuweisen war, zur Diagnose Perityphlitis, höchstwahrscheinlich infolge von Perforation.

Nachdem nun die exspectative Behandlung in zwei Tagen keine Besserung herbeiführte, dann Erbrechen gallig schleimiger und weiterhin fäkulent riechender Massen auftrat, verbunden mit enormem Meteorismus, der Puls äusserst rasch und flach, ja fadenförmig, die Respiration erschwert und beschleunigt wurde, Angstgefühl, Schweiss und schneller Verfall der Kräfte sich einstellte, also das volle Bild des Ileus sich darbot, fragte es sich: was soll geschehen? Eine Abänderung des bisherigen Verfahrens hätte nun nur in einem operativen Vorgehen bestehen können. Die Punktion erschien verwerflich wegen der äusserst gedehnten Darmschlingen. Eine Laparotomie hätte der Patient nicht mehr überstanden; ausserdem schien sie an sich schon verwerflich, weil man erwarten musste, einen paralytischen Darm vor sich zu haben, da von Peristaltik absolut nichts mehr zu konstatieren war. Aus diesen Gründen wurde mit der bisherigen Behandlung fortgefahren und auch mit gutem Glück. Dass die Diagnose Appendicitis richtig war, konnte nun auch nach Aufhören des Meteorismus durch die Palpation genügend bestätigt werden.

Verlief nun dieser Fall auch ohne Operation

günstig, so war eine solche doch in dem zweiten Falle durchaus angebracht.

Fall II.

Anamnese: Knabe B., 14 Jahre alt, war früher immer gesund, vor dem heftigen Einsetzen der Erkrankung hatte er fast drei Monate lang über Schmerzen in der Ileo-Coecalgegend zu klagen, die bald stärker, bald schwächer auftraten, mitunter jedoch auch ganz verschwanden; von Fieber waren diese Schmerzen nicht begleitet. Am 21. September 1898 erkrankte Patient plötzlich unter den Erscheinungen einer fieberhaften Colica flatulenta mit Erbrechen und Stuhlverhaltung. Patient kam an diesem Tage in ärztliche Behandlung.

Status praesens: Das Erbrechen enthält angedauten und unverdauten Mageninhalt. Eine Schmerzhaftigkeit an einer bestimmten Stelle des Leibes, also ein besonderer schmerzhafter Druckpunkt ist nirgendwo zu konstatieren; ebenso fehlt eine partielle wie allgemeine meteoristische Auftreibung des Leibes. Temp.: 38,5; Puls 100, ziemlich kräftig.

Ordination: Bettruhe, Eis, Opium.

Krankheitsverlauf: Am folgenden Tage war morgens ungefähr derselbe Zustand zu konstatieren, nur mit dem Unterschied, dass Patient sich matter fühlte und der Puls flacher geworden war. Harnuntersuchung ergab Spuren von Eiweis, reichlich Indican und positive Rosenbach'sche Probe.

Erst gegen Abend des zweiten Tages machten sich zwei besondere Schmerzpunkte bemerkbar, von denen der erste an der rechten Abdominalseite, entsprechend der Ileo-Coecalgegend, der zweite an der linken Seite in der Regio inguinalis sinistra, etwas

nach der Medianlinie hin, zu konstatieren war. Letzterer Punkt war besonders schmerzhaft und druckempfindlich. Die Temperatur betrug 39,0; der Puls 120; vermehrte Resistenz war ebenso wenig wie Meteorismus nachweisbar.

Am dritten Tage stellte sich nun allgemeiner Meteorismus ein und es traten deutliche wurmförmige Bewegungen im Epi- und Mesogastrium auf, die ihrer Lage nach als solche von Dünndarmschlingen herrührende diagnosticiert wurden. Die Temperatur betrug wie am vorigen Tage 39,0; der Puls stieg auf 125.

Am vierten Tage erbrach Patient sehr häufig, und zwar zunächst gallig schleimige, dann aber auch fäkulent riechende Massen, jedoch ohne Würgbewegungen; es hatte den Anschein, als ob der Magen einfach überliefe. Patient klagte jetzt über furchtbare Schmerzen, die ohne jegliche Localisation sich über den ganzen Leib verbreiteten und jedesmal auftraten bei den deutlichen wurmförmigen Bewegungen des Darmes, und die nur durch Morphiuminjectionen einigermassen erträglich gemacht werden konnten. Es bestand noch Schmerzhaftigkeit der Ileo-Coecalgegend, doch keine Dämpfung daselbst; links befand sich keine besonders schmerzende Stelle mehr. Der allgemeine Meteorismus erreichte einen hohen Grad.

Diagnose: Appendicitis perforativa mit peritonitischer Reizung und Ileus paralyticus.

Es wurden nun hohe Darmeingiessungen mittels Schlundrohres mehrere Male versucht, jedoch ohne Erfolg. Da nun der Puls des Patienten immer schwächer wurde und das immer ohne Würgbewegungen auftretende Erbrechen nicht nachliess, die Peristaltik der erwähnten Dünndarmschlingen aber noch gut und kräftig vor sich ging, also eine Lähmung dieser Par-

tieen ausgeschlossen war, wurde am siebenten Krankheitstage zur Operation geschritten.

Operation: Weil die meteoristischen Erscheinungen am meisten in den Vordergrund traten und geradezu unerträglich wurden, so wurde die Enterostomie gewählt, um vor allen Dingen den Darm zu entlasten und den Patienten hierdurch aus seinem grässlichen Zustande zu befreien.

In Äther-Narkose wurde im linken Hypogastrium über der am zweiten Krankheitstage als schmerzhaft konstatierten Stelle ein dem Ligamentum Pouparti sin. ungefähr paralleler Einschnitt gemacht. Es wurde diese Stelle gewählt, weil man hier an eine möglichst tief gelegene geblähte Darmschlinge zu gelangen hoffte.

Eine nach Durchschneidung des Peritoneum vorliegende sehr stark aufgetriebene und injicierte Dünndarmschlinge wurde hervorgezogen, in die Bauchdecken eingenäht und dann durch Schnitt geöffnet. Sofort entleerten sich nun ausser einer grossen Menge übel riechender Gase, die teils explosionsartig austraten, kolossale Massen flüssigen, stark fäkulent riechenden Darminhaltes, sodass fast sofort durch diese Operation der Meteorismus beseitigt wurde. Nachdem kein Darminhalt mehr ausfloss, wurde ein Gummirohr eingelegt und die Wunde verbunden.

Patient erholte sich von der Narkose ziemlich schnell.

Am Tage nach der Operation war das Allgemeinbefinden ein entschieden besseres; Temp. 38,0; Puls 120; Patient hatte keine Schmerzen mehr.

Ernährt wurde Patient, dessen Appetit jetzt sich wieder einstellte, durch Milch, schleimige Suppen, Beef-tea mit Puro und Kalbsbries. Unter dieser Behandlung nahm der Kräftezustand erheblich zu, der Puls

ging herunter auf 110, die Temperatur wurde normal. Ferner wurden die beigebrachten Nahrungsmittel gut verarbeitet aus der angelegten Darmfistel entleert, sodass mit Recht angenommen werden musste, dass bei der Operation ein tief nach unten liegendes Dünndarmstück herangezogen und gespalten worden war. Man gab sich nun der Hoffnung hin, dass mit Beseitigung der Kothverhaltung die übrigen Erscheinungen wohl auch zurückgehen würden. Der weitere Verlauf gestaltete sich jedoch nicht ohne Zwischenfall.

Es stellten sich nämlich drei Tage nach der Operation wieder abendliche Fiebertemperaturen von 38,5 —39,0 ein, auch wurde der Puls wieder rascher und stieg auf 125. Dabei klagte der Patient über einen dumpfen Schmerz in der Tiefe des Beckens. Verschiedentliche Untersuchungen per anum ergaben äusserste Schmerzhaftigkeit der rectovesicalen Bauchfelltasche. Nach fünftägiger Dauer des Fiebers — die Behandlung blieb dieselbe - - entleerten sich per anum ca. 100 ccm stinkenden Eiters. Seitdem schwand das Fieber, der Puls wurde kräftiger und ging auf 90 herab, und Patient erholte sich unter der kräftigen Ernährung sichtlich.

Flatus gingen jetzt von Zeit zu Zeit spontan per Rectum ab und am zwölften Tage nach der Operation erfolgte zum ersten Male wieder eine normale Defaecation per anum, sodass jetzt die Darmfistel mit einem gut gedrehten Gazepfropf fest verschlossen wurde, um den Excrementen den normalen Weg wieder anzuweisen. Dieser Versuch gelang vollkommen; der Kräftezustand des Patienten hob sich sichtlich mehr und mehr, die Temperatur blieb normal, und auch der Puls blieb ruhig und kräftig.

Da die Defäkation jetzt immer per anum vor

sich ging, wurde zu neuer Operation, zur Schliessung der Darmfistel am sechszehnten Tage nach Anlegung derselben geschritten.

Zweite Operation: Äthernarkose. Die angelegte Wunde im linken Hypogastrium zeigte sich völlig reaktionslos; es sprang ein kleiner Wulst von Darmschleimhaut hervor. Nach peinlichster Desinfektion wurde nun das an die Bauchdecken angenähte Darmstück von diesen getrennt und durch exakte Seidennähte nach Czerny geschlossen.

Andere Dünndarmpartieen, die teils mit den Bauchdecken, teils mit der hervorgeholten Dünndarmschlinge selbst verwachsen waren, konnten nun, wenn auch schwierig, so doch meist stumpf gelöst werden. Nachdem man sich nun überzeugt hatte, dass alle Verwachsungen getrennt waren, wurde der Darm in die Tiefe versenkt und die Bauchwunde durch Etagennaht geschlossen.

Patient wurde nun eine Zeit lang durch Nährklystiere (2 Eidotter; 50,0 Traubenzucker; 200,0 Milch; 2,0 NaCl) ernährt.

Die Heilung ging ohne Störung vor sich, und Patient konnte am dreissigsten Tage nach der Operation als geheilt das Bett verlassen.

Die Richtigkeit der Diagnose Appendicitis perforativa sollte sich nun später noch deutlicher bei der infolge eines Recidives vorgenommenen Resektion des Corpus delicti bestätigen.

Am 1. Mai dieses Jahres erkrankte der Patient plötzlich wieder unter Fiebererscheinungen und Schmerzen in der Ileo-Coecalgegend. Da in den nächsten Tagen das Fieber nicht herunterging, vielmehr sich immer zwischen 38,0 und 39,0 bewegte, der rasche Puls auf Eiterbildung hinwies und endlich auch durch

Palpation ein Exsudat erkannt werden konnte, so wurde am 9. Mai die Operation vorgenommen.

Dritte Operation: Auf der Höhe des Exsudates ein 8 cm langer, ca. 3 cm innerhalb der Spin. il. ant. sup. beginnender und schräg nach innen und unten verlaufender Schnitt. Es entleerte sich sofort reichliche, stinkig eitrige und mit Fibrinflocken gemischte Flüssigkeit. Der gleich sichtbare Processus vermiformis war an seiner Basis sehr stark verdickt und quer mit dem Coecum, seine nach oben geschlagene Spitze dagegen mit dem Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand verwachsen. Ferner zeigten sich am Basisteile drei leicht erkenntliche Perforationsstellen. Nach Lostrennung der Verwachsungen wurde der Wurmfortsatz ziemlich dicht am Coecum reseciert, der Stumpf ins Coecum eingestülpt und die Öffnung durch Tascheunaht geschlossen; dann wurde die Höhle durch Schürzentamponade mittels Jodoformgaze gedeckt.

Bei geeigneter Ernährung ging der Heilverlauf fieberfrei und glatt von Statten, sodass Patient am 10. Juni als vollständig geheilt einer weiteren Behandlung nicht mehr bedurfte.

Epikrise: Obwohl ähnlich wie im ersten Falle mit Ausnahme des Fiebers und speciell der am zweiten Tage auftretenden Schmerzhaftigkeit in der Ileo-Coecalgegend — es sprächen allerdings noch dafür die Monate langen Schmerzen daselbst vor der akut auftretenden Erkrankung — direkt fühlbare Symptome einer Perityphlitis, wie besonders ein Exsudat, eine abnorme Resistenz oder Gurren bei der Palpation, oder Dämpfung bei der Percussion nicht nachgewiesen werden konnte, musste doch die Diagnose auf eine Entzündung der Adnexe des Coecum gestellt werden, als deren sekundäre Erscheinung der Ileus paralyticus

anzunehmen war. Als Sitz des den Ileus bedingenden Verschlusses konnte man nun wohl eine behinderte Abfuhr der Ingesta in einer im Hypogastrium liegenden Dünndarmschlinge annehmen; dafür sprach die rege Peristaltik von Dünndarmschlingen im Epi- und Mesogastrium; Verschluss im Rectum, Flexura sigmoidea und Colon descendens war wegen der hoch einzuführenden Klystiere ausgeschlossen, ebenso wenig war ein vorspringender Wulst entsprechend dem Colon ascendens und descendens nachzuweisen.

Es wurde angenommen, dass es sich um eine durch peritonitische Entzündung herbeigeführte Paralyse einer dem unteren Teile des Ileum angehörigen Dünndarmschlinge handelte. Nach der Enterostomie erwies sich nun auch die hervorgezogene Dünndarmschlinge als eine der vorher diagnosticierten, da die Faeces gut verarbeitet sich aus der Fistel entleerten, also eine unterhalb dieser Fistel, weit vom Magen entfernte, näher dem Coecum zu gelegene Dünndarmschlinge paralytisch geworden sein musste. Nach der ersten Operation stellte sich nun noch heraus, dass es sich um eine eitrige Entzündung des Peritoneums handelte und dass sich ein eitriges Exsudat gebildet hatte, welches zwischen Blase und Rectum lag und dessen Lage dem am zweiten Tage deutlich erkennbaren Schmerzpunkte entsprach.

Da jedoch der Zustand einen zweiten tiefen Eingriff noch nicht erlaubte, wurde abgewartet und in der bisherigen Ernährungsweise fortgefahren. Der dann am sechsten Tage entleerte Eiter, der infolge eines Durchbruchs den Weg in den Darm und nach aussen gefunden haben musste, liess Temperatur und Puls schnell wieder normal und den Zustand des Patienten bald einen vorzüglichen werden.

Wäre dieses nicht der Fall gewesen und wäre auch nur der Puls noch hoch geblieben, so würde als zweite Operation die Resektion des Processus vermiformis gemacht worden sein.

Trotz der günstigsten Auspicien musste nun doch ein Rest von Entzündungserregern zurückgeblieben sein, der dann eine neue peritonitische Erkrankung hervorrief und nun bei der gesicherten Diagnose einen sofortigen Angriff auf den Wurmfortsatz vorschrieb. Jedenfalls ist aber die durch die Enterostomie herbeigeführte Entleerung des fast bis zum äussersten gefüllten Darmes lebensrettend gewesen.

Aber auch im ersten unserer Fälle wäre, trotzdem sich der Darm nach dem kolossalen Erbrechen von selbst allmählich wieder erholte, die Eröffnung des Darmes oberhalb der paralytischen Stelle kein Missgriff gewesen; gerade die spontane Erholung des Darmes nach Entlastung durch das immense Erbrechen seines Inhaltes weist darauf hin, wenn es eben angeht, die schrecklichen Ileus-Erscheinungen möglichst schnell zu beseitigen und zwar durch die Enterostomie.

Ob man dann später, evt. sofort nach Beseitigung des Meteorismus auf das Grundübel eingehen und dieses beseitigen soll, das hängt von dem einzelnen Falle ab.

Allenfalls ist eine sofortige Radikaloperation dann am Platze, wenn man bei bestimmter Diagnose auf das Hindernis eingeht. Sonnenburg berichtet über derartig günstig verlaufene Fälle. Ob aber immer nach Entfernung des Wurmfortsatzes, oder Ausräumung einer Abscesshöhle, oder nach anderen am Platze scheinenden Eingriffen spontane Darmentleerung folgt, möchte ich bezweifeln. Ich glaube, dass die Beseitigung des Ileus die nächste Aufgabe des Arztes ist, und dass

letzterer dann entweder abzuwarten, oder sofort die Radikaloperation anzuschliessen hat.

Litteratur.

1) Pathologie und Therapie der Perityphlitis von Dr. Eduard Sonnenburg.
2) Der Ileus und seine Behandlung, Referate und Diskussion aus den Verhandlungen des achten Congresses für innere Medicin.

Lebenslauf.

Als Sohn des Rektor Friedrich Troost wurde ich, Karl, Julius, Otto Troost am 4. Februar 1870 zu Coblenz geboren. Von Ostern 1876 bis Ostern 1880 besuchte ich die evgl. Elementarschule zu Duisburg-Neudorf, hierauf von Ostern 1880 bis Ostern 1890 das Königliche Gymnasium zu Duisburg. Dann studierte ich bis Ostern 1892 Medicin zu Marburg und bis Herbst 1896 zu Strassburg, woselbst ich am 27. März 1897 die Staatsprüfung beendete. Als einjähriger Arzt diente ich von Juni bis December 1897 beim Inf.-Rgt. Nr. 159 zu Düsseldorf, war dann von Januar 1898 bis April 1899 Assistenzarzt am Diakonen-Krankenhaus zu Duisburg und liess mich am 7. April 1899 in Duisburg-Neudorf als praktischer Arzt nieder.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren Professoren und Docenten:

Goebel, Melde, Zincke, Strahl, Gasser, Greeff, [illegible]lz, Plate und Kohl zu Marburg, ferner Minkowski, [illegible]iedeberg, Freund, Naunyn, von Recklinghausen, [illegible]t, Freund jr., Kohts, Lücke, Laqueur, Bayer, [illegible]emperer, Fischer, Levy, Hoppe-Seyler, Hoche, [illegible]l Madelung zu Strassburg.